

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1913-1914. — N° 39

TRAVAIL DU LABORATOIRE DE PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DU PAVILLON D'ISOLEMENT DE L'HOPITAL DE LA CROIX-ROUSSE

LE SIGNE DE LESIEUR

SUBMATITÉ RÉTRO-HÉPATIQUE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

ÉTUDE CLINIQUE ET PATHOGÉNIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 10 Décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Lucien SALLES

Né le 26 Février 1888, à Labecède-Lauragais (Aude).

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1913



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546718_0033

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 39

TRAVAIL DU LABORATOIRE DE PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DU PAVILLON D'ISOLEMENT DE L'HÔPITAL DE LA CROIX-ROUSSE

LE SIGNE DE LESIEUR

SUBMATITÉ RÉTRO-HÉPATIQUE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

ÉTUDE CLINIQUE ET PATHOGÉNIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Lucien SALLÈS

Né le 26 Février 1888, à Labécède-Lauragais (Aude),

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYON.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD
Clinique ophtalmologique		X...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		X...
Clinique des maladies mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfarts		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale		LÉPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Aratomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie		MOREAU
Physiologie.		GUIART
Pathologie interne.		TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales		RENAUT
Anatomie pathologique.		MORAT
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée		LESIEUR
Médecine légale.		PAVIOT
Hygiène :		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		COURMONT (P.)
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN
		COURMONT (J.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe.	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X.,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIERY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LESIEUR, *Président*; COLLET, *Assesseur*;
MM. MOURIQUAND et FROMENT, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. le Médecin-Major de 1^{re} Classe MAROTTE

Major de l'Ecole du Service de Santé Militaire,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. le Médecin-Major de 1^{re} Classe LAMOUREUX

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. LESIEUR

Professeur de Pathologie et de Thérapeutique générales.

Médecin des Hôpitaux.

Directeur du Bureau municipal d'hygiène de Lyon.

*Il nous a inspiré cette thèse et nous
fait aujourd'hui le très grand honneur
d'en accepter la présidence. Nous lui
en exprimons toute notre gratitude et
notre reconnaissance.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOURIQUAND

Médecin des Hôpitaux.

Nous avons, pendant plusieurs mois, suivi son service au pavillon d'isolement de la Croix-Rousse, Il nous a sans cesse guidé, n'épargnant ni son temps ni sa peine, qu'il nous permette de lui témoigner notre reconnaissance pour ses conseils, sa grande bienveillance à notre égard, et le profit que nous avons retiré de son enseignement.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FROMENT

Médecin des Hôpitaux.

A MES MAITRES

de la Faculté de Médecine de Montpellier

de la Faculté de Médecine de Lyon

de l'École du Service de Santé Militaire

LE SIGNE DE LESIEUR

(Submatité rétro-hépatique dans la Fièvre typhoïde)

ÉTUDE CLINIQUE ET PATHOGÉNIQUE

INTRODUCTION

Dans la thèse de Collignon, en 1908, le professeur Ch. Lesieur décrivait un signe nouveau, très souvent rencontré par lui chez les typhiques, et en esquissait la pathogénie : « On note une zone de matité très marquée, surtout si l'on percute en arrière et dans l'aisselle. Cette matité s'explique par l'augmentation de volume de la glande hépatique, ou par ce fait que le foie tout entier est soulevé par le colon dilaté. »

En août 1911, au Congrès de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences, à Dijon, et dans la séance de la Société Nationale de Médecine de Lyon, le 11 décembre de la même année, le professeur Lesieur reprenait l'étude de ce signe et en donnait la définition suivante :

« Au cours de la fièvre typhoïde classique, si l'on

percute superficiellement la base droite du thorax, on constate presque toujours une submatité notable, qu'on ne retrouve pas à la base gauche, qui ne s'explique généralement pas par des lésions pleuro-pulmonaires et dont la constatation paraît présenter une valeur réelle au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement. »

Ce signe, recherché systématiquement dans les différents services de typhiques des hôpitaux lyonnais, a été, depuis cinq ans, noté dans la plupart des cas. Des statistiques concluantes ont été publiées par MM. Lesieur et Marchand, démontrant la présence de la submatité de la base droite chez 70 à 80 pour 100 des malades atteints de dothiéntérie. Elles ont été confirmées par celles que firent, en 1912 et 1913, MM. Radulesco et Atanassiu dans les hôpitaux de Bucarest.

Le but de ce travail sera, tout d'abord, d'essayer de préciser la séméiologie du signe, de donner les limites de la zone dans laquelle on peut le rencontrer, de décrire ses variations. Nous rechercherons ensuite quelle peut être sa pathogénie, question encore assez obscure et incertaine qui pourra être tranchée par l'examen radioscopique. Enfin, nous montrerons quelle est sa valeur dans la fixation du diagnostic et du pronostic, dans l'institution du traitement.

Nos investigations, portant sur une centaine de cas de fièvre typhoïde, ont été faites au pavillon d'isolement de l'hôpital de la Croix-Rousse dans le service de M. le professeur agrégé Mouriquand, dont les conseils éclairés ont grandement facilité notre tâche.

Nous ne saurions trop le remercier du bon accueil qu'il nous a toujours réservé.

Nos remerciements vont aussi à MM. Mollard et Favre, médecin des hôpitaux, qui nous ont accueilli avec amabilité dans leur service de l'hôpital Saint-Pothin, nous ont communiqué obligeamment leurs observations et nous ont fait largement profiter de leur expérience et de leur enseignement.

CHAPITRE PREMIER

SÉMÉIOLOGIE DU SIGNE

Le signe de Lesieur, fugace et léger, doit être recherché, dans les cas de fièvre typhoïde, avec beaucoup d'attention; parfois la différence de tonalité entre les deux bases pulmonaires est si faible, que la submatité infra-thoracique droite peut échapper à un premier examen.

La condition primordiale à remplir tout d'abord, c'est de placer le malade dans une position convenable : le sujet sera bien assis dans son lit, le thorax légèrement penché en avant, les cuisses légèrement fléchies, comme dans toute investigation de la paroi thoracique postérieure, mais on veillera surtout à ce que le corps ne soit pas incliné à droite ou à gauche, à ce que son axe médian soit à peu près perpendiculaire au plan du lit. Tout changement de position, en effet, inclinaison ou torsion, peut faire disparaître la submatité que l'on recherche.

Le malade respirant d'une façon normale, on procède alors à la percussion. On n'emploiera pas la percussion médiate de Laënnec, surtout dans les périodes de début, où les différences entre les parties inférieures

des deux hémithorax sont très légères, mais on agira de préférence à la façon d'Avenbrügger, on emploiera la percussion immédiate avec deux doigts recourbés en crochets, ou, plus simplement encore, on frappera le thorax de la main à plat.

La percussion médiate, en effet, donne des renseignements sur les changements de tonalité des parties profondes, tels qu'on les observe dans les lésions pleuro-pulmonaires par exemple, alors que dans le signe de Lesieur on a plutôt affaire à une submatité ou matité superficielle, relative et non absolue. Dans ce cas, la percussion immédiate sera donc nécessaire et suffisante.

Cependant, à la période d'état de la maladie, alors que le signe existant depuis quelques jours déjà, aura acquis toute sa netteté, et que la submatité confinera presque à la matité, on pourra, par la percussion de Laënnec, percevoir une différence sensible, et, de ce moment jusqu'à la défervescence, la percussion médiate donnera d'aussi précises indications que l'immédiate.

Quelle sera la position exacte de la submatité et dans quelle région faudra-t-il la rechercher?

C'est dans un espace à peu près rectangulaire, mesurant de 12 à 14 centimètres de largeur sur 10 centimètres de hauteur, et situé à la base de l'hémithorax droit. Cet espace s'étend transversalement de la colonne vertébrale à la ligne axillaire, verticalement de la XI^e côte au VI^e ou même V^e espace intercostal, remontant ainsi jusqu'à la pointe ou jusqu'au milieu de l'omoplate.

La percussion alternative et symétrique des deux bases, gauche et droite, ne révèle, tout d'abord, que des différences très faibles entre la sonorité des deux parties, peu à peu cependant les choses se précisent et l'on remarque, qu'à la base droite, on n'a plus affaire, comme du côté opposé, au son pulmonal, clair, vibrant, d'un timbre particulier, possédant un certain caractère musical. On ne se trouve pas, non plus, en présence de la matité absolue (*tanquam percussi femoris*) avec son bruit sec, bref et sans éclat, la matité de bois que l'on rencontre dans les pneumonies au stade d'hépatisation ou les pleurésies massives à grand épanchement. C'est plutôt un état de sonorité intermédiaire, moins sèche, plus intense et de tonalité moins élevée que la matité franche, mais dépouillée en grande partie de ce caractère musical, qui se trouve dans la percussion du poumon normal.

De même, en percutant la base droite, le doigt n'a pas tout à fait cette sensation d'élasticité que l'on trouve à la base gauche, où le poumon sain paraît exister seul, mais il n'a pas, non plus, la sensation très nette de résistance que l'on rencontre au niveau des épanchements pleurétiques.

Cette submatité de la base droite n'existe, du reste, que dans la position assise, et le malade respirant normalement. Si, en effet, on fait lever le malade, on s'aperçoit que la limite supérieure de la zone submatité s'est abaissée, et si on fait exécuter trois ou quatre fortes inspirations au patient, on voit que la zone de submatité anormale disparaît peu à peu, et fait place à de la sonorité.

La palpation de la base droite ne révèle ni affaiblissement, ni une augmentation des vibrations vocales, par rapport au côté opposé.

Si nous passons ensuite à l'auscultation, nous aurons, suivant les cas, des perceptions différentes, témoins d'états pulmonaires sous-jacents divers. Chez un certain nombre de malades, tout d'abord, aucun signe pathologique n'est perceptible. La respiration est normale et égale du sommet à la base dans les deux poumons, pas de bruits surajoutés, pas d'indices pouvant faire conclure à une atteinte pulmonaire quelconque.

Dans la grande majorité des cas, cependant, les choses ne se passent point ainsi, et l'oreille appliquée sur le thorax du malade perçoit, disséminés dans toute la région occupée par les poumons, de nombreux ronchus, des sibilances, et, par endroits, de légers râles muqueux.

Ce sont là des signes de bronchite généralisée, signes sans prédominance nette en un point quelconque et ne pouvant, par conséquent, par leur seule présence, expliquer la localisation de la submatité au niveau de la base droite.

On ne note pas de disparition ni même d'affaiblissement du murmure vésiculaire ; l'inspiration et l'expiration sont parfaitement perceptibles, des deux côtés jusqu'à la limite inférieure normale du poumon.

Pas de souffle, ni d'égophonie, ni de pectoriloquie aphone.

Le signe du son, de Pitres, ne donne rien, la palpation ne montre pas le phénomène du flot, la

ponction exploratrice, enfin, ne ramène pas de liquide.

Dans d'autres cas, plus rares, la submatité infra-thoracique droite s'accompagne de signes stéthoscopiques plus importants.

On note, en effet, à l'auscultation, une diminution notable du murmure vésiculaire, par rapport au côté opposé, avec adjonction parfois de quelques râles crépitants fins.

Devant cette obscurité respiratoire, faisant penser à une atteinte pleurale, on pratique la ponction. Mais, ou bien on ne ramène qu'un peu de sang pur, ou bien l'aiguille ne laisse sourdre que quelques gouttes d'un liquide séreux, impuissant, semble-t-il, par sa petite quantité, à expliquer la vaste étendue de la zone submate. C'est là le « faux signe de Lesieur » que M. Mouriquand a trouvé chez plusieurs de ses malades, dont il nous a obligeamment communiqué les observations.

Ces faux signes de Lesieur sont cependant peu fréquents et facilement décelables à l'auscultation. Dans les cas douteux, la ponction exploratrice, au niveau de la base droite, tranchera la difficulté et permettra de porter un diagnostic certain.

On peut se trouver enfin en présence d'une large étendue de submatité occupant les deux bases pulmonaires, ou bien d'une base gauche submate et d'une base droite à sonorité normale, mais dans l'un et l'autre de ces cas on note, au niveau de la région à tonalité normale, de la disparition ou de l'affaiblissement du murmure vésiculaire, des râles crépitants fins

et d'autres signes surajoutés qui témoignent d'une atteinte pulmonaire plus ou moins accusée. Ces cas n'entrent pas, nous le verrons, dans la catégorie des signes de Lesieur.

Il peut arriver qu'un malade qui, au début de sa maladie, présentait un signe de Lesieur vrai, sans obscurité respiratoire, sans signes surajoutés à prédominance infrathoracique droite, voit *a posteriori* une affection quelconque pleuro-pulmonaire s'établir dans la partie droite de son appareil respiratoire. La submatité devient alors de la matité franche, dont la zone s'élargit ou se rétrécit, les souffles, les râles, l'obscurité respiratoire s'installent. A la palpation les vibrations vocales sont augmentées ou diminuées suivant que l'on a affaire à un processus pathologique pulmonaire ou pleural.

Dans ce dernier cas, on trouve encore le phénomène du flot, la matité gagne en hauteur et tourne dans l'aisselle, on peut noter de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone, la ponction exploratrice enfin ramène une certaine quantité de liquide.

La pneumonie, dans la fièvre typhoïde, paraît plus fréquente que l'atteinte pleurale et, chose curieuse, nous avons remarqué dans ces cas une prédominance très nette de l'affection dans le poumon droit.

Toutes les autopsies, que nous relatons plus loin et qui ont été faites pendant l'année 1913 au pavillon de l'hôpital de la Croix-Rousse, nous révèlent une atteinte plus profonde du poumon droit. Il semble qu'il y ait là une sorte de prédisposition dont la cause est inconnue.

Le signe de Lesieur vrai, apparaissant dès le début de la maladie, se continuant pendant la période d'état jusqu'au moment de la défervescence, ne reste pas toujours égal à lui-même, et ne conserve pas, pendant cette longue période, toute sa netteté. Il subit des variations quotidiennes, en rapport peut-être avec l'état du malade et sa température. Pendant la période d'état surtout, il peut, certains jours devenir douteux et la recherche de la submatité devient alors très délicate, la différence de sonorité entre les deux bases étant très faible et presque imperceptible. Cependant, le lendemain ou les jours suivants, le signe réapparaît dans toute sa netteté pour se continuer ainsi jusqu'à la convalescence.

Telle est la séméiologie du signe de Lesieur vrai, telles sont les variations qu'il subit au cours des différents septennaires de la fièvre typhoïde. Il nous faut, après avoir décrit la submatité de la base droite, essayer d'expliquer sa présence chez des sujets ne présentant pas, au stéthoscope, des lésions pleuro-pulmonaires très importantes.

CHAPITRE II

EXPLICATION PATHOGÉNIQUE DU SIGNE DE LESIEUR

Le signe de Lesieur vrai, ainsi que nous l'avons déjà dit, se rencontre dans la plupart des cas de dothiéntérie caractérisé par la seule submatité de la base droite et sans que le stéthoscope nous révèle à ce niveau des atteintes pulmonaires suffisantes à expliquer l'état de sonorité anormale. Il faut donc nous demander quel est l'organe qui, soit par déplacement pathologique, soit par hypertrophie peut venir prendre la place de la partie inférieure du poumon droit. Il nous semble qu'un seul viscère abdominal est capable de causer ce refoulement en masse de toute la partie droite de l'arbre respiratoire, c'est le foie, l'unilatéralité du refoulement étant expliquée par le plus grand développement du lobe droit de la glande.

Le foie, dans la fièvre typhoïde, est touché au même titre que les autres viscères : rate, cœur, rein, etc., mais les atteintes de l'organe hépatique ont été rarement individualisées en clinique parce que, d'une façon générale, leur symptomatologie est fruste, souvent cachée par les atteintes cardiaques ou rénales, à

manifestations plus bruyantes. Leur réalité est cependant incontestable : le foie est un émonctoire très important dans les infections, et les troubles, survenant à échéance variable, proche ou lointaine, témoignent de l'arrêt ou tout au moins de l'altération du fonctionnement de la glande. Sans parler, tout d'abord, des formes hépatiques de la fièvre typhoïde, bien décrites par Roger et postérieurement par Crespin, sans prendre pour exemple ces formes graves où l'affaiblissement de l'émonctoire et la dégénérescence extrême du tissu glandulaire prennent la première place dans la symptomatologie, nous avons remarqué, chez nombre de typhiques, un syndrome d'insuffisance hépatique, témoin d'un certain état d'adulération.

La glycosurie expérimentale a été tentée plusieurs fois sans succès par Roger. De nouvelles expériences ont été faites, dans ces dernières années, dans le service de M. Lesieur. Elles ont donné des résultats ou négatifs ou faiblement positifs. En effet, le 17 décembre 1907, on donne 150 grammes de sirop de sucre à 4 typhiques et à 2 témoins atteints l'un d'ostéo-arthrite du genou, l'autre de luxation du coude. A 8 heures du matin, la liqueur de Fehling ne révélait aucune trace de glucose dans l'urine des sujets.

A 11 heures, la réaction était positive pour 2 typhiques, douteuse pour 1 témoin, négative pour les autres malades. L'examen, refait à 14 heures, donnait les mêmes résultats ; à 17 heures, toutes les urines étaient normales ; à 20 heures enfin, tandis que les urines des 2 témoins ne renfermaient aucune trace de glucose, la réaction à la liqueur cupro-potassique était

très légèrement positive pour les urines des 4 typhiques.

Le 27 décembre 1907, on recommence les expériences sur 4 nouveaux malades, atteints de dothiéntérie et sur 2 témoins, atteints respectivement d'anémie et d'appendicite. On leur donne 150 grammes de sirop de sucre à 11 h. 30. Les résultats sont négatifs jusqu'à 15 heures. A ce moment, 2 des typhiques ont quelques traces de sucre dans les urines. A 17 heures, toutes les réactions des typhiques sont positives, tandis que celles des témoins sont négatives. Le même état se poursuit jusqu'à 22 heures, où les témoins à leur tour ont quelques traces de glucose dans l'urine. Mais en aucun cas les témoins n'ont eu de coloration rouge nette; par contre, toutes les fois que les réactions des typhiques étaient négatives, la coloration bleue n'était pas aussi limpide et aussi franche que celle de l'urine des témoins, dont la réaction était absolument négative.

D'après ces expériences, il y aurait donc eu, dans la plupart des cas, chez les typhiques, une légère glycosurie expérimentale, mais on ne peut conclure de la faiblesse de ces réactions que le fonctionnement était parfaitement normal. Il est plus vraisemblable, en effet, de penser que le foie est impuissant à retenir le sucre en excès, mais que celui-ci n'apparaît pas en grande quantité dans les urines, parce que les tissus dans la fièvre typhoïde, comme dans la plupart des pyrexies, en consomment considérablement. On sait que l'inanition et l'hyperthermie, qui se rencontrent si fréquemment associées dans les pyrexies, sont deux

causes qui abolissent la fonction glycogénique. Le foie ne peut plus arrêter le sucre en excès, ne peut plus le transformer en glycogène, de même qu'il ne peut plus, dans son inertie, détruire ou transformer, comme à l'état normal, les poisons. Aux poisons normaux viennent encore s'ajouter ici les poisons anormaux produits par la dothiënenterie. On conçoit l'importance capitale que prend l'émonctoire rénal dont la fonction dépuratrice doit subir un surcroît d'activité pour arriver à éliminer de l'organisme tous les éléments nocifs, contre lesquels le foie est maintenant impuissant.

L'expérience de la glycosurie est complétée par l'épreuve de l'élimination du bleu de méthylène. Cette épreuve a été faite plusieurs fois dans le service de M. Lesieur, en novembre 1907.

Le 29 novembre 1907, à 7 h. 30, on donne un cachet de 0,05 de bleu de méthylène à 4 malades atteints de dothiënentérie et à 2 témoins.

A 8 heures, le bleu apparaît dans les urines de 2 typhiques et dans celles de 1 témoin.

A 9 heures, toutes les urines sont intensément colorées.

A 18 heures, on note des intermittences chez 2 typhiques.

A 22 heures, une coloration verdâtre réapparaît dans les urines des mêmes malades.

Le 30 novembre, à 2 heures, même coloration.

A 9 heures, l'urine de 1 typhique est revenue à la normale, alors que celles des témoins sont encore vertes.

Le 1^{er} décembre, à 9 heures, toutes les urines typhiques sont revenues à la normale; celles des témoins étant encore légèrement teintées en vert.

Enfin le 2 décembre, à 9 heures, toutes les urines ont repris leur coloration normale.

En somme, l'épreuve du bleu de méthylène a donné des résultats très nets chez 2 des malades qui ont présenté à diverses reprises des intermittences témoignant d'une atteinte du foie. Chauffard a énoncé la loi suivante : « Les intermittences d'élimination du bleu de méthylène sont d'autant plus précoces et nombreuses, pour un cas donné, que le fonctionnement de la cellule hépatique est plus gravement compromis. »

Dans les expériences ci-dessus, il semble bien qu'on ait eu affaire à une adultération du fonctionnement hépatique, adultération plutôt légère, étant donné le petit nombre d'intermittences et leur retard. L'atteinte du foie n'en subsiste pas moins; ces cas, du reste, ont rapidement évolué vers la guérison et les malades dont il s'agit n'avaient que des dothiéntéries bénignes. Les expériences seraient à reprendre chez des malades graves. On trouverait alors certainement complet et typique le syndrome urologique : glycosurie alimentaire positive, intermittences de l'élimination du bleu de méthylène nombreuses et précoces, urobilinurie et enfin hypoazoturie. Tous ces signes démontreraient alors, chez le vivant, la présence des lésions dégénératives de la cellule hépatique que l'on rencontre dans les autopsies de typhiques.

Dans quelques cas encore, nous avons trouvé dans

les urines des malades des pigments biliaires ; enfin, en ce qui concerne l'hypoazoturie, les travaux récents de MM. Morrel et Mouriquand ont montré l'abaissement du taux de l'urée et des corps azotés, dans le sang des typhiques. Toutes les expériences de ces auteurs ont été faites sur les malades que nous examinions à ce moment au pavillon d'isolement de l'hôpital de la Croix-Rousse, et dont les observations sont reproduites plus loin.

MM. Morrel et Mouriquand recueillent le sang à examiner par ponction veineuse. Le sérum, aussitôt centrifugé, est additionné de 10 volumes d'alcool à 95 degrés et filtré sous pression. Le caillot, restant sur le filtre, est à nouveau repris, lavé à l'alcool et le produit de lavage est ajouté au sérum. On évapore celui-ci au bain-marie en ayant soin d'ajouter II gouttes d'acide acétique. L'évaporation se continue ainsi jusqu'à complète disparition de l'alcool.

Du résidu ainsi obtenu on fait deux parties : la première sert à doser l'urée ; la deuxième, l'azote total.

Par mesure de contrôle, des expériences ont été faites en même temps sur des sujets ne présentant pas de troubles de la nutrition. La ponction veineuse était faite en cas au cours d'opérations, alors que le malade était anesthésié à l'éther.

Les résultats chez les sujets normaux ont été les suivants :

Urée : 0,50 à 0,60 pour 1.000 ;

Azote : total 0,308 ;

Coefficient azoturique : 0,70 à 0,77.

Parmi les malades du service des typhiques, on peut distinguer trois catégories :

1^o Celles qui, ayant une dothiéntérie avérée, ont évolué vers la guérison ;

2^o Celles dont la maladie fut terminée par la mort ;

3^o Celles qui, présentant au début de vagues symptômes de dothiéntérie, furent reconnues atteintes d'autres affections.

Dans la première catégorie, les malades atteintes de dothiéntérie grave présentèrent un léger abaissement du taux de l'urée : 0,36 à 0,48, alors que les typhoïdes à allure bénigne virent leur taux descendre jusqu'à 0,26 et même 0,19. L'azote total descendit à 0,158 et le coefficient azoturique varia de 0,56 à 0,85.

Les trois cas mortels présentèrent comme résultats :

Urée : 0,072; 0,45; 0,09;

Azote total : 0,186; 0,86; 0,072;

Coefficient azoturique : 0,18; 0,24; 0,60.

Enfin, dans certains cas où le diagnostic de dothiéntérie dut être écarté, malgré la présence de l'état typhique et où l'on eut affaire soit à de la granulie méningée, soit à de la pneumonie, le dosage de l'urée donna des résultats variant de 0,20 à 1,70; l'azote total, de 0,105 à 1,15, le coefficient azoturique étant de 0,30 à 0,85.

Au total, le taux de l'urée dans le sérum des typhiques fut toujours abaissé : au-dessus de 0,40 pour 100 dans 6 cas sur 15, il descendit entre 0,20 et 0,40 dans 5 cas et au-dessous de 0,20 dans 4 cas.

Le taux de l'azote non uréique a été supérieur à 0,10 dans 6 cas sur 9. Le coefficient azoturique a varié entre 0,18 et 0,85.

Un abaissement sensible au-dessous de 0,60 survint dans 7 cas sur 9.

Il est à remarquer que, tandis que dans les typhoïdes bénignes, ce coefficient reste normal ou est peu abaissé (entre 0,50 et 0,60), dans les cas graves ou mortels il descendit au-dessous de 0,30.

Les conclusions des auteurs de ces expériences furent que l'abaissement du coefficient azoturique à la période d'état de la fièvre typhoïde est très fréquent, mais pas assez constant cependant pour avoir une valeur diagnostique absolue et qu'en somme « il n'a d'autre signification que celle d'un symptôme chimique, d'un trouble dans le métabolisme des matières protéiques ». Cet abaissement, du reste, a été retrouvé dans les cirrhoses, les cachexies et diverses pyrexies, c'est-à-dire dans tous les cas où l'on peut rencontrer une adulation plus ou moins profonde du tissu hépatique.

Le taux de l'urée est donc la mesure de la dégénérescence cellulaire : si la terminaison doit être fatale, le foie subit une stéatose de plus en plus considérable et la quantité de l'urée s'abaisse progressivement tandis que, dans les atteintes légères, le coefficient azoturique est voisin de la normale et l'entrée en convalescence est marquée par une crise urinaire. Naturellement, chaque fois que le taux de l'urée s'abaisse, la quantité d'acide urique et des matières extractives, résidus d'une combustion imparfaite, s'élève d'au-

tant. L'urine devient hypertoxique. Mais si le rein est en mauvais état, soit par suite d'une tare antérieure, soit parce qu'il est gravement atteint, comme les autres viscères, par la fièvre typhoïde, soit enfin parce que le passage des poisons anormaux parvient à l'altérer, le filtre rénal ne fonctionne plus qu'imparfaitement, les urines deviennent rares, moins toxiques même qu'à l'état normal.

Cette hypotoxie urinaire est d'un pronostic sombre car les poisons normaux et anormaux s'accumulent dans l'organisme, dont les portes de défense ont disparu, ils passent dans le sang et vont causer de graves dommages dans les tissus. Cette intoxication se traduit par des symptômes qui sont à peu près semblables dans la fièvre typhoïde et dans toutes les maladies à insuffisance hépatique et à imperméabilité rénale. Ces symptômes sont l'abattement, la céphalalgie, le délire, les fuliginosités des lèvres, des gencives et de la langue, enfin les hémorragies très fréquentes et très redoutables, surtout dans la dothiérémie. L'insuffisance hépatique vient aggraver encore l'intoxication morbide; la dyspnée, l'état semi-comateux, le délire relèvent directement de l'infection éberthienne, mais ces symptômes ne sont précoces que parce que, dès le début de la maladie, le foie est lésé.

Siredey, étudiant l'histologie du foie dans la fièvre typhoïde, a démontré que les lésions hépatiques survenaient en deux périodes :

Dans la première, le foie est rouge et l'on a surtout affaire à des troubles vasculaires.

Dans la deuxième, les lésions s'étendent et la dégénérescence apparaît.

Toute modification du milieu intérieur dans lequel vivent et baignent les cellules glandulaires change naturellement leurs conditions d'existence et porte atteinte à leur vitalité. L'hyperthermie, par exemple, cause des lésions parenchymateuses et l'on connaît l'expérience de Bouchard : plaçant un chien dans une atmosphère saturée d'humidité et à une température un peu supérieure à celle de l'air ambiant, il voit l'animal succomber en quatre heures ; à l'autopsie, il observe un commencement de dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques.

Mais l'hyperthermie n'a qu'un rôle tout à fait accessoire dans la fièvre typhoïde, la destruction cellulaire vient surtout de l'intoxication et de l'infection. Quelles sont donc les lésions que l'on trouve dans un foie de typhique ?

La glande hépatique, en général tuméfiée, dépasse légèrement les fausses côtes ; son poids, comme nous le verrons plus loin, varie entre 1.500 et 1.900 gr. ; dans quelques cas même, on a trouvé des foies de plus de 2.000 grammes. La surface est lisse, le parenchyme de teinte pâle est violacé ou jaunâtre ; par endroits, on note quelques petits ilots de couleur plus sombre.

A la section, le même aspect se reproduit et il ne s'écoule qu'une très petite quantité de sang. Le tissu hépatique est pâteux et friable, offrant peu de résistance au doigt. La bile, peu abondante, est tantôt claire et chargée de mucus, tantôt au contraire brunnâtre et très épaisse.

Au microscope et au faible grossissement, on peut constater la conservation de la topographie des lobules, l'intégrité des veines sus-hépatiques et des espaces portes. Dans le sang que contient la veine porte, on voit quelques bacilles décolorés par la méthode de Gram; quant aux parois de la veine, elles sont normales et inaltérées.

L'examen des cellules glandulaires nous permet d'observer généralement une infiltration de fines gouttelettes graisseuses. Ces cellules ne sont plus rangées en colonne comme dans le foie normal, mais elles sont divisées en tronçons, séparés les uns des autres par des espaces libres. C'est la dislocation trabéculaire de quelques auteurs.

Vues à un fort grossissement, ces cellules présentent un protoplasma tuméfié, trouble, infiltré de granulations d'aspect différent : les unes jaunâtres sont des granulations protéiques, les autres noirâtres ou verdâtres sont formées par des pigments. Plus l'atteinte hépatique est profonde et moins nombreuses sont ces granulations. Peu à peu, en effet, les gouttelettes graisseuses prennent leur place, distendent la cellule et refoulent le noyau. La dégénérescence fait des progrès, les noyaux cellulaires, jusque-là facilement colorables, disparaissent et on observe alors des amas de cellules énucléées ; l'insuffisance hépatique se révèle, dans ces cas, et prime tous les autres symptômes, mais ces phénomènes sont généralement attribués à la maladie principale, bien qu'ils ne soient que les témoins de l'altération hépatique.

La plupart du temps, cependant, les phénomènes de

dégénérescence ne vont pas aussi loin, une plus ou moins grande partie du parenchyme subit la dégénérescence graisseuse, mais la maladie étant bénigne et évoluant vers la guérison, les lésions parenchymateuses régressent peu à peu, et la presque totalité du tissu glandulaire revient à son état normal.

Telles sont les altérations que l'on rencontre au cours des autopsies; chez le vivant, on peut, dans certains cas, très nombreux, dévoiler la tare hépatique par la recherche de l'hypertrophie et de la sensibilité de l'organe.

On peut se rendre compte de l'augmentation de volume du foie par l'exploration méthodique de la région occupée par la glande.

Sauf dans les cas assez rares de femmes portant un corset trop étroit, de foie abaissé ou flottant, la palpation, à l'état normal, montre que le bord inférieur de la glande hépatique ne dépasse pas le rebord des fausses côtes. Dans les cas d'hypertrophie, au contraire, on perçoit la masse compacte de l'organe, sur une largeur de 2 ou 3 travers de doigt, au dessous des limites normales. On favorisera l'exploration par la manœuvre de la compression inspiratoire de Mouri-quand.

La manœuvre de la compression inspiratoire, employée tout d'abord, pour rechercher le pôle inférieur de la rate, dans les périodes de déclin de la fièvre typhoïde, alors que la glande splénique commence à perdre son hypertrophie, peut être pratiquée dans tous les cas où l'on soupçonne des modifications pathologiques des organes sous-diaphragmatiques. Il suffit

pour cela de faire comprimer par un aide le thorax du malade, pendant que le médecin palpe la région, sous-costale. Sous l'influence de cette compression on perçoit une descente des organes plus ou moins accusée suivant que le patient respire plus ou moins fortement. Ces faits ont été, du reste, vérifiés par l'examen radioscopique, qui a démontré, dans les cas où cette méthode fut employée, un abaissement du foie allant jusqu'à 4 centimètres. En période d'apnée la descente est environ de 2 centimètres.

Les meilleurs résultats ont été trouvés chez la femme. On sait que cette dernière a normalement le type respiratoire costal supérieur. On comprend donc que, dans le cas de la compression, non seulement la pression thoracique est augmentée, mais la respiration est abolie. Force est au poumon de se développer vers la région inférieure de la cage thoracique, et d'adopter alors le type diaphragmatique, qui refoule en bloc dans l'abdomen tous les viscères importants. Le point où l'on exercera la compression n'est pas indifférent, car une pression manuelle au niveau de la partie inférieure du sternum fera contracter les muscles de la sangle abdominale et la main de l'opérateur ne pourra rien percevoir sous cette cuirasse rigide.

Le lieu d'élection sera donc situé dans le tiers supérieur de la cage thoracique. Grâce à ce procédé, on pourra plus facilement palper le bord inférieur du foie et même une petite partie de sa face supérieure, noter toutes les irrégularités et toutes les modifications de l'organe, se rendre compte enfin d'une hypertrophie moyenne qui serait, sans cela, passée inaperçue. Dans

un grand nombre de cas nous avons trouvé, par ce procédé, un foie hypertrophié.

La percussion, à laquelle nous pouvons ensuite passer, nous donnera les mêmes résultats que la palpation. A l'état normal, la matité hépatique s'arrêtera au bas du gril costal, sur la ligne mamelonnaire, tandis que la limite supérieure se trouvera au niveau de la partie inférieure de la VI^e côte. Dans les cas d'hypertrophie, le bord supérieur ne subit qu'une très légère ascension remontant tout au plus jusqu'à la V^e côte, tandis que la matité empiète sur le tympanisme de 2 ou 3 travers de doigt et plus. Dans un cas (obs. XV), nous avons noté un foie considérablement développé, remontant jusqu'à la IV^e côte, descendant à 4 travers de doigt au-dessous du rebord costal ; sa hauteur totale mesurait 30 centimètres ; à la base droite on trouvait une submatité très nette, atteignant le milieu de l'omoplate.

La meilleure méthode d'exploration topographique du foie, dans la fièvre typhoïde, serait encore l'examen radioscopique, mais, étant donné la gravité de l'affection, il est très difficile d'y procéder sans gêner considérablement le malade et il nous a été impossible de le faire.

Un autre signe de l'atteinte du foie, c'est sa sensibilité : à l'état normal, la palpation de l'hypocondre droit ne révèle aucune douleur ; dans la plupart des cas de dothiéntérie, on note au niveau du rebord costal une douleur dont le maximum se trouve à l'angle externe du muscle grand droit, c'est-à-dire au point vésiculaire. Cette douleur cystique a été surtout

recherchée par MM. Radulesco et Atanassiu, internes des hôpitaux de Bucarest. Pour procéder à cette recherche, on fait coucher le malade sur le dos, les jambes fléchies ou étendues et on lui recommande de respirer profondément. Le médecin, placé à droite, insinue sa main gauche entre la crête iliaque et le rebord costal, soulève ainsi la paroi postérieure de l'abdomen et fait saillir le foie en avant. De la main droite il va explorer le foie et surtout le point cystique en pressant « doucement, continuellement, profondément et toujours en haut ». Les résultats de MM. Radulesco et Atanassiu montrèrent la grande fréquence de ce signe : dans la première semaine de la fièvre typhoïde, sur 47 cas observés ils le trouvent 47 fois ; dans la deuxième semaine, sur 69 cas il y a 65 signes positifs ; pendant le troisième septennaire sur 77 cas, 23 présentent la douleur cystique ; enfin à la convalescence, 6 cas étaient encore positifs sur 72.

Sur les 95 cas du pavillon d'isolement de l'hôpital de la Croix-Rousse, nous n'avons retrouvé ce signe que 20 fois : 16 chez des malades présentant le signe de Lesieur, 4 dans des cas négatifs.

Enfin, les complications d'origine hépato-biliaire, qui fréquemment accompagnent et suivent la dothiènement, sont une preuve de plus de l'adultération hépatique. On a cité des cas de diabète post-typhoïdiques, mais les affections les plus fréquentes et les plus connues sont l'ictère grave, l'angiocholécystite, la cholécystite et la lithiase biliaire. On connaît la fièvre bilieuse avec ictère de Griesinger, les suppurations hépatiques, la forme hépatique de la typhoïde avec

érythème et hypothermie. Roger a publié à ce sujet, en 1900, deux observations typiques : à l'autopsie du premier malade, il trouva un foie complètement dégénéré, pesant 1.930 grammes, de couleur chamois et parsemé de taches décolorées : à l'autopsie du second le foie très volumineux pesait 2.630 grammes, était d'une consistance pâteuse d'une coloration jaune roux, le parenchyme exsangue formait une masse homogène, atteinte de stéatose aiguë généralisée.

Sans aller jusqu'à cette forme grave, l'atteinte hépatique peut donner lieu à de la cholécystite, soit superficielle, soit ulcéreuse, soit même perforante.

Quant à la lithiasie biliaire, son origine typhique est très fréquente, et certaines statistiques montrent que, sur 80 cholélithiasiques, 20 auraient eu la fièvre typhoïde. La moyenne varierait entre 20 et 22 pour 100. Gilbert et Fournier ont, du reste, démontré la présence, au centre des cholélithes, de bacilles d'Eberth, mais, pour Chauffard, les calculs peuvent avoir été infectés secondairement. Quoi qu'il en soit, cette affection se rencontre très souvent après la dothiéntérie, et il ne semble pas qu'on puisse lui refuser toute origine typhique.

Syndrome d'insuffisance fonctionnelle, dégénérescence partielle des cellules glandulaires, hypertrophie et sensibilité de l'organe, affections consécutives à la fièvre typhoïde, et imputables à une tare hépatique, telles sont les raisons qui nous font penser, dans la grande majorité des cas, à une lésion plus ou moins grave du foie. Reste à savoir comment le foie peut venir à la base droite, déterminer une zone submate

plus nette et plus étendue que dans la normale et, tout d'abord, quelles sont les limites de la région où l'on peut, par la percussion ou toute autre investigation, déceler la présence de la face postérieure du foie chez les individus sains.

Si nous considérons la face postérieure du foie, chez un sujet congelé, exempt, de son vivant, de toute lésion hépatique, nous la voyons très épaisse à droite et s'amincissant progressivement vers la gauche, de façon à n'être plus à ce niveau qu'un simple bord. En projection sur la partie droite de la paroi thoracique, la glande hépatique occupe un espace de forme rectangulaire dont les côtés interne et externe sont respectivement formés par la ligne épineuse du IX^e ou X^e espace intervertébral, et par la ligne axillaire du bord supérieur de la IX^e côte au bord supérieur de la XI^e. Le côté inférieur du rectangle, de forme sinueuse, s'étend de l'espace compris entre la XI^e et la XII^e vertèbre dorsale, d'une part, au bord supérieur de la XI^e côte, d'autre part, traversant en diagonale le XI^e espace intercostal et la partie inférieure de la XI^e côte.

Le bord supérieur, le plus important pour nous, oblique de haut en bas et de dedans en dehors, commence au niveau du VIII^e espace intervertébral, traverse le VIII^e espace intercostal et va finir sur la ligne axillaire au niveau du bord supérieur de la IX^e côte.

Ce rectangle mesure en moyenne de 6 à 8 centimètres de haut sur 11 à 12 de large.

Pour la délimitation exacte du foie chez le vivant,

on peut s'adresser à la radioscopie qui donne, d'une façon précise, la hauteur du dôme hépatique, le bord inférieur étant, dans le cas qui nous occupe, d'une importance secondaire. On remarque alors que la situation du foie varie avec la position du sujet :

1° Le sujet étant debout, le bord supérieur de l'organe se montre dans le IX^e ou VIII^e espace intercostal. Ce résultat concorde assez avec ceux que l'on trouve chez le sujet congelé.

2° Le sujet est dans le décubitus dorsal : le foie, remontant sensiblement, se rencontre jusque dans le VI^e espace intercostal.

3° Le sujet est dans le décubitus latéral droit ; la moitié droite du diaphragme, dans une position plus déclive que la moitié gauche, est refoulée dans l'inférieur du thorax. Le foie suit le diaphragme dans son ascension et remonte ainsi jusqu'au V^e espace intercostal.

4° Le malade est dans le décubitus latéral gauche : on ne note, dans ce cas, qu'un déplacement léger et peu sensible de la glande hépatique.

Toutes ces recherches, dues au Dr Paillard, ont été faites chez des sujets en expiration normale, non forcée.

D'après le même auteur, l'inspiration normale ou forcée, la toux, abaissent le foie de 1 à 5 centimètres dans le premier cas, de 5 à 7 centimètres dans le second.

Un autre moyen d'investigation est la percussion qui révèle au niveau du foie deux tonalités différentes :

1° Sur la face antérieure de l'organe, appliquée

directement contre le gril costal, une matité franche.

2° Sur sa face postérieure, une submatité : à ce niveau, en effet, le foie est séparé de la paroi thoracique par le bord inférieur du poumon, bord inférieur prolongé en bas par le sinus costo-diaphragmatique. Ce cul-de-sac pleural descend jusqu'à la partie moyenne de la XI^e côte, au niveau de la ligne axillaire, jusqu'à la XII^e vertèbre dorsale sur la ligne des apophyses épineuses. La percussion dans cette zone ne pourra donc donner, ni le son clair du poumon, ni le son mat du foie, mais un son intermédiaire, submat.

Les limites de la submatité rétro-hépatique normale seront les mêmes que celles que nous avons trouvées chez les sujets congelés ou à l'aide de la radioscopie. Dans la station debout ou assise, le bord supérieur ne dépassera pas la IX^e côte, alors qu'il pourra remonter jusqu'au V^e espace intercostal dans le décubitus latéral droit.

La position normale du foie étant exactement déterminée, voyons quelles sont les principales causes de déplacement de cette glande.

Les ligaments puissants qui relient le foie, soit aux parois thoraciques, soit aux organes d'alentour, ont assez de laxité pour permettre à la glande hépatique de se déplacer d'arrière en avant, de haut en bas, ou, enfin, de bas en haut. Son union intime avec la coupole diaphragmatique le force à suivre tous les mouvements de ce muscle.

Le foie sera donc abaissé dans toutes les affections thoraciques qui tendent à chasser le diaphragme vers

l'abdomen; de ce nombre sont : 1° les pleurésies droites qui, tout en déplaçant le diaphragme, le maintiennent immobile et indifférent aux mouvements respiratoires, par suite de la parésie de son côté droit (loi de Stokes); 2° l'emphysème pulmonaire; 3° les péricardites avec épanchements.

Au contraire, le foie sera refoulé dans l'intérieur de la cage thoracique dans tous les états de distension ou de réplétion de l'abdomen : ballonnement, épanchement ascitique.

Au cours de la fièvre typhoïde, et en même temps que les symptômes incertains du début, on trouve, dans de nombreux cas, un état de tension abdominale, un ballonnement variable suivant les sujets. Etant donné ce que nous venons de dire sur les causes d'ascension du foie, d'autre part, comme le météorisme s'installe dès le début de l'affection, arrivant en même temps que la submatité de la base droite, on pourrait penser que le signe de Lesieur trouve là son explication pathogénique.

Mais, chez beaucoup de malades, le ballonnement est léger, incapable d'expliquer à lui seul le refoulement en masse d'un viscère aussi volumineux que la glande hépatique, et si, parfois, on ne saurait lui refuser toute influence, il faut bien convenir qu'il ne peut être le facteur le plus important de la submatité infrathoracique.

Les recherches de M. Lesieur ont, en effet, démontré que, très souvent, le signe existait dans toute sa netteté dans des cas où le ballonnement était complètement absent; d'autres fois, au contraire, surtout

dans les typhoïdettes, le ballonnement était assez considérable sans qu'il y eût, à la percussion, un état de sonorité anormale de la base droite.

Les statistiques, publiées par MM. Lesieur et Marchand, montrent que sur 9 cas de typhoïdettes avec présence nette de submatité infrathoracique, on n'a observé aucun cas de ballonnement, alors que, chez un malade à signe négatif, l'abdomen était considérablement météorisé.

En ce qui concerne les typhoïdes vraies, sur 87 cas, où la submatité était patente, ces auteurs n'ont rencontré de ballonnement que 37 fois, ce qui donne une proportion de 40 pour 100, tandis que sur 27 cas où le signe était négatif, le météorisme abdominal fut rencontré 7 fois.

En présence de ces résultats, il nous paraît logique de conclure que l'état de tension de l'abdomen ne peut jouer ici qu'un rôle tout à fait secondaire. Le facteur principal de la submatité paraît donc être l'hypertrophie du foie. Mais comme de nombreuses variations se présentent à l'auscultation de la zone submate, il est nécessaire de les envisager les unes après les autres et d'essayer de tirer au clair les raisons de leurs différences.

Il est tout d'abord des cas peu nombreux où, malgré une submatité très nette s'étendant jusqu'au VI^e espace intercostal, on trouve du haut en bas du poumon droit une respiration normale et régulière, sans râles surajoutés, sans affaiblissement du murmure vésiculaire. D'autres fois, on ne trouve que des râles de bronchite disséminés dans toute l'étendue des

deux poumons, sans prédominance nette et sans diminution à la base droite du murmure vésiculaire. Dans ces cas, il semble que l'hypertrophie hépatique ne soit pas très considérable et qu'une lame de poumon sain est venue se loger entre la paroi thoracique et la face postérieure du foie.

D'autres fois encore, on trouve, au niveau de la base droite, une obscurité respiratoire à peu près complète, à la partie supérieure de laquelle on trouve de petits râles crépitants fins. Nous avons ici affaire probablement à un poumon atelectasié par compression du foie, dont l'augmentation de volume refoule le diaphragme dans la paroi thoracique, empêchant ainsi le développement libre du poumon à sa partie inférieure.

Et cela paraît si vrai que, si l'on commande au malade de faire de fortes inspirations, la submatité disparaît ; l'air entrant avec force dans les alvéoles pulmonaires les distend, et cette distension refoule à son tour le foie dans l'abdomen. On comprend que dans la position assise, les cuisses à demi fléchies comprimant les organes péritonéaux qui refoulent à leur tour le diaphragme, on puisse dans les cas de gros foie percevoir une ascension de la limite supérieure de la zone submate normale surtout lorsqu'on a affaire, accessoirement, à un abdomen météorisé. Nous n'envisageons ici, naturellement, que les cas où le signe de Lesieur est vrai, c'est-à-dire où aucun autre signe que la diminution du murmure vésiculaire ne vient faire penser à un épanchement pleurétique et où la ponction exploratrice ne ramène que du sang pur. Cet état de submatité avec obscurité respiratoire a été

rencontré par Roch et Fulpius, de Genève, chez des malades porteurs de gros foies, d'ascites volumineuses, de grosses rates, de kystes ovariques, chez des cirrhotiques, chez des femmes enceintes même. Ils lui ont donné le nom de pseudo-congestion pulmonaire et à ce propos ils rappellent l'observation suivante d'un malade de M. Bard :

« Il s'agit d'un malade atteint de péritonite tuberculeuse. Nous constatons en arrière une matité thoracique qui remonte à droite jusqu'à la hauteur de la 9^e vertèbre dorsale; dans la zone mate, les vibrations vocales sont affaiblies et il y a de l'obscurité respiratoire. A la limite supérieure de cette matité, on perçoit sur une zone étroite des râles crépitants fins inspiratoires. Malgré l'absence de souffles, ces symptômes faisaient supposer l'existence d'une congestion pulmonaire avec pleurésie à épanchement. Nous eûmes l'idée de faire mettre le malade debout. Aussitôt la limite de la sonorité pulmonaire s'abaisse de 3 travers de doigt, le murmure vésiculaire se fit entendre jusqu'au niveau de la 11^e vertèbre dorsale. Les caractères acoustiques des râles entendus les placent dans la catégorie des crépitants. Il faut les considérer comme râles de déplissement. »

Ces auteurs pensent que, dans la position assise, l'atélectasie du poumon réalisée à la base droite par le refoulement du foie en haut, n'était pas tout à fait assez marquée pour empêcher complètement l'air de pénétrer dans le poumon et se trouvait cependant suffisante pour atténuer le murmure vésiculaire à ce niveau.

Il doit en être de même dans les cas qui nous occupent, l'hypertrophie du foie doit provoquer par sa compression une atélectasie pulmonaire surtout marquée à droite. Cette prédominance unilatérale de l'action compressive du foie met le poumon droit dans un état d'infériorité vis-à-vis du poumon gauche et expliquerait peut-être la plus grande fréquence, à la période d'état de la dothiéntérie, des pneumonies droites. En effet, dans les autopsies que nous avons vues au pavillon d'isolement de l'hôpital de la Croix-Rousse, nous avons remarqué que le poumon droit était toujours beaucoup plus atteint que le gauche, que l'hépatisation siégeait de préférence à droite. Dans l'observation II, nous rapportons le cas d'une malade atteinte de pneumonie double; or, tandis que le poumon droit était hépatisé dans presque toute sa hauteur, le poumon gauche n'était encore qu'à la période de début.

On pourrait penser encore à l'hypostase pour expliquer le signe de Lesieur, mais la précocité de celui-ci nous paraît devoir faire écarter cette hypothèse. Dans les cas où il semble y avoir un épanchement pleural, il en est sans doute comme chez ce malade dont l'observation a été publiée par M. Barjon :

« Il s'agit d'une femme de quarante et un ans avec état général grave, de l'hyperthermie. Admise tout d'abord dans le service des typhiques, le diagnostic ne fut pas confirmé, mais on constata des symptômes d'épanchement à la base droite (souffles, égophonie, pectoriloquie aphone, matité, abolition des vibrations). Une ponction exploratrice ne ramena que du sang et

on fit passer la malade en médecine avec le diagnostic de pleuro-pneumonie. Quand j'examinai la malade, le lendemain, je trouvai à la base droite tous les signes d'un épanchement au grand complet. Il y avait de la matité avec abolition des vibrations vocales, du souffle à maximum expiratoire, à timbre aigre, voilé, de l'égophonie, de la pectoriloquie aphone. La température dépassait 39 degrés, le diagnostic de pleurésie semblait s'imposer. L'examen radioscopique pratiqué alors permit d'affirmer qu'il n'y avait pas d'épanchement. En effet, l'hémithorax droit était entièrement clair du haut en bas, il était limité inférieurement par une ligne d'ombre, à forme convexe, à contour nettement arrêté. Cette ligne était manifestement plus haute qu'à l'état normal et remontait jusqu'au mamelon. Le cul-de-sac latéral était rétréci mais non comblé, les mouvements respiratoires très diminués persistaient cependant. Mon attention fut de suite attirée vers la possibilité d'une localisation sous-diaphragmatique. La malade fut alors interrogée et examinée minutieusement et je fis le diagnostic d'abcès du foie. Une intervention chirurgicale pratiquée le surlendemain par le Dr Gayet confirma l'existence d'un gros abcès de la convexité du foie et montra en même temps (l'incision ayant été transpleurale) que la plèvre ne contenait pas une seule goutte de liquide, elle était seulement enflammée et œdémateuse. »

Dans la fièvre typhoïde, l'hypertrophie du foie en masse joue le même rôle que l'abcès hépatique du malade de M. Barjon. La compression s'exerce non seulement sur le tissu pulmonaire, amenant son até-

lectasie, mais encore sur la plèvre, amenant un léger degré d'inflammation et peut-être même, dans des cas plus rares, un épanchement de quelques gouttes seulement de sérosité.

On pourrait songer à la splénopneumonie de Grancher. C'est un état pulmonaire particulier dans lequel l'auscultation permet de distinguer tous les signes d'un épanchement alors que la ponction exploratrice reste négative. Mais là, il s'agit d'une atteinte véritablement d'origine thoracique avec tous les symptômes fonctionnels et les signes physiques d'une lésion pleuropulmonaire prédominante. Il y a de la toux et de l'expectoration. Chez les typhiques, rien de tout cela.

Il va sans dire que nous éliminons tous les cas où l'atteinte pleurale ou pulmonaire est nette, où l'auscultation et le cours de la maladie démontrent la présence d'un épanchement pleural ou d'une hépatisation quelconque. Ces cas rentrent dans la catégorie des signes négatifs ou des faux signes.

Il nous semble donc, en résumé, que dans la pathogénie du signe de Lesieur, on doit accorder la place principale à l'hypertrophie hépatique, secondée accessoirement par le météorisme abdominal, et provoquant par compression de l'atélectasie pulmonaire, prédominante à droite, atélectasie pouvant favoriser, *a posteriori*, l'éclosion d'une pneumonie. La compression s'exerçant également sur la plèvre détermine, chez elle, une légère inflammation pouvant aboutir à une réaction plus ou moins forte.

Le foie, atteint dans ses éléments nobles par l'infec-

tion éberthienne, fait de l'hypertrophie compensatrice. C'est, comme l'appelle M. Lesieur, un processus fluxionnaire, variant d'intensité d'un jour à l'autre, et expliquant par cela même les variations du signe qui, tout à fait net pendant quelque temps, peut ne laisser subitement entre les deux bases qu'une différence douteuse de tonalité à la percussion, pour reparaître quelques jours plus tard dans toute son intégrité.

CHAPITRE III

VALEUR DU SIGNE

Le signe de Lesieur n'est pas seulement un symptôme précieux à ajouter à beaucoup d'autres pour dépister la dothiéntérie, il peut encore, dans le cours de l'affection, rendre de grands services, faciliter le pronostic, mettre sur la voie d'une médication appropriée et indiquer au praticien le moment où la défervescence est certaine et l'alimentation du malade sans danger.

Ce qui fait tout d'abord la valeur diagnostique de la submatité de la base droite, c'est la précocité de son apparition.

Nous nous trouvons en présence d'un malade ayant tous les symptômes d'une infection quelconque assez banale : de la lassitude, de l'insomnie, de la céphalée, une température qui tend à s'élever progressivement de jour en jour, augmentant chaque soir d'un degré, avec une descente bien moins marquée le lendemain matin, mais ne réalisant qu'assez rarement le type classique de Wunderlich.

Il peut s'ajouter à ces symptômes des signes d'intoxication digestive : de l'inappétence, de la consti-

pation passagère ou, au contraire, de la diarrhée. La langue est saburrale, les vomissements peu fréquents ou même le plus souvent absents; on voit apparaître de temps à autre quelques épistaxis. A l'examen, le ventre est ballonné, la rate augmentée de volume, le foie affleure le rebord costal; dans la fosse iliaque droite, on trouve quelques gargouillements. Le pouls, parfois dicrote, ne concorde pas avec l'élévation de la température. Les pulsations ne sont pas aussi fréquentes qu'elles devraient l'être dans une hyperthermie aussi considérable.

L'analyse des urines, enfin, montre de l'indicanurie, une élimination d'acide urique en excès, une diminution des phosphates terreux et très souvent une albuminurie légère.

Devant ce tableau symptomatique, nous pouvons songer à différentes affections. La grippe, tout d'abord, non dans sa forme épidémique classique, dont le début est beaucoup plus brusque et plus brutal, mais dans sa forme saisonnière bâtarde. Cependant, dans cette affection, le pouls est presque toujours plus rapide, il n'y a pas dissociation des pulsations artérielles et de la température; l'albuminurie est rare; enfin, il existe une sensation toute spéciale de courbature que nous ne retrouvons pas chez notre malade.

L'embarras gastrique fébrile, syndrome toxi-infectieux des voies digestives, présente un tableau à peu près semblable à celui que nous avons tracé de notre sujet. Mais les vomissements sont plus fréquents et l'évolution de la maladie plus courte. Dans les formes graves et durables, on se retrouve en présence d'une

atteinte du bacille d'Eberth, dothiésentérie bénigne, infection plus légère que la fièvre typhoïde classique.

La tuberculose pulmonaire, à son début, alors que les accidents généraux prédominent, que les symptômes fonctionnels et les signes physiques sont très atténués ou même absents, peut donner le change et revêtir la forme ci-dessus décrite. Mais, dans cette maladie, nous trouvons une langue humide et rosée, non saburrale, l'appétit persiste, enfin, le pouls est généralement fréquent. Ces affections écartées, nous pouvons songer à un début de dothiésentérie, mais le diagnostic ne sera pas certain : les signes différenciant ces quatre maladies l'une de l'autre sont, dans cette période trouble du début, si vagues et si peu sûrs.

On peut procéder à la diazoréaction d'Ehrlich, mais, si celle-ci est positive, elle ne nous permettra pas une élimination bien considérable puisqu'on peut constater sa présence dans les gripes et dans la tuberculose.

L'hémoculture, à ce moment de l'affection, donne des résultats très infidèles ; elle est très souvent négative et l'on ne peut compter sur elle.

La réaction agglutinante n'est positive que vers le septième ou le huitième jour ; dans la plupart des cas, elle peut même être encore retardée et n'apparaître qu'au quinzième jour.

Il n'existe donc pas de signes certains pendant le premier septennaire de la maladie. Le praticien est obligé de rester dans le doute pendant ce long laps de temps et l'on comprend toute la valeur de la présence, à ce moment, de la submatité de la base droite, venant s'ajouter aux autres symptômes et aiguillant le

médecin vers une dothiéntérie probable. Bien avant l'apparition des symptômes cardinaux, avant la venue des taches rosées lenticulaires sur l'abdomen, avant que le malade prenne cet aspect d'abattement et de prostration, caractéristique de la maladie, avant que la température soit montée à 40 degrés et s'y maintienne, on peut, en percutant le thorax du sujet, découvrir dans la région indiquée dans notre premier chapitre, la zone submate. Elle apparaît avec les premiers prodromes et sa plus grande fréquence dans la dothiéntérie que dans les autres maladies infectieuses en fait un signe et un élément de diagnostic précoce très utile. Si, en même temps qu'elle, on observe un pouls légèrement dicrote, si les phénomènes gastriques ne sont pas d'une intensité considérable, si les vomissements font défaut, si la langue est franchement saburrale, si les examens des crachats, enfin, ne renferment pas de bacilles de Koch, on peut résolument éliminer les diagnostics de grippe, d'embarras gastrique fébrile et de tuberculose au début, et penser sérieusement à la fièvre typhoïde ordinaire classique.

Chez d'autres malades, le début est moins insidieux : l'affection éclate brusquement avec de l'hyperthermie subite, de la céphalée, des frissons, quelques rares vomissements. On peut songer alors à une fièvre éruptive, à une appendicite, à un début de pneumonie. Mais, d'une part, les symptômes de certitude de ces affections n'apparaissent pas ; l'éruption tarde à se produire, l'abdomen n'a pas de localisation douloureuse bien précise, les signes pulmonaires sont légers

ou nuls; d'autre part, dans ces formes brusques, les signes cardinaux de la dothiéntérie se montrent rapidement.

Ces cas sont moins douteux que les précédents, l'évolution subit une marche plus accélérée et permet de porter bientôt un diagnostic ferme. Le signe de Lesieur n'aura pas alors toute l'importance qu'il avait dans les cas incertains, il viendra s'ajouter à la liste des signes qui feront porter le diagnostic de fièvre typhoïde : en effet, dans ces circonstances, la température atteint 40 degrés en deux ou trois jours, les taches rosées lenticulaires apparaissent, et MM. Widal et Digne ont noté une séro-réaction agglutinante positive au deuxième jour dans un cas, au quatrième dans un autre.

Faisant nos recherches dans un service hospitalier dans lequel les malades n'arrivent, le plus souvent, qu'après l'apparition, depuis un certain temps, des symptômes nets de dothiéntérie, il ne nous a pas été très facile d'observer les formes de début. Un cas fut cependant typique (obs. XIV). La jeune malade entra dans le service cinq jours après l'apparition des premiers symptômes : céphalée, inappétence, lassitude, insomnie. A son entrée, pas de taches rosées lenticulaires, la température est à 39 degrés. On procède immédiatement aux examens de laboratoire; l'hémoculture et l'agglutination restent négatives. La percussion de la base droite révèle cependant une submatité très nette; l'auscultation, à ce niveau, nous montre une respiration normale, sans affaiblissement du murmure vésiculaire, sans souffles, ni râles sur-

ajoutés. Le foie, en avant, paraît normal et ne déborde pas les fausses côtes. Le signe de Lesieur apparaît donc nettement avant toute autre manifestation symptomatique. Les taches rosées lenticulaires ne se montrent que deux ou trois jours après, en même temps que l'hémoculture et la séro-réaction devenaient positives. On avait bien affaire à une dothiéntérie classique.

La précocité du signe de Lesieur a été confirmée par les statistiques publiées par deux internes des hôpitaux de Bucarest, MM. Radulesco et Atanassiu. Sur 47 cas de dothiéntérie observés dans le premier septennaire de la maladie, ces auteurs ont rencontré 33 fois la submatité rétro-hépatique, soit une proportion de 60 pour 100.

Reste à savoir si ce signe n'existe pas dans d'autres maladies infectieuses pouvant simuler la fièvre typhoïde, et s'il est franchement caractéristique de cette dernière. Les recherches de M. Lesieur ont montré que la submatité de la base droite se rencontrait dans des cas de grippe, de tuberculose, d'érysipèle, d'angine, de variole, de dysenterie, mais dans des proportions bien moindres que dans la dothiéntérie, 10 pour 100 environ au lieu de 60 à 70 pour 100. Le signe n'est donc pas nettement spécifique, mais simplement plus fréquent. Cette fréquence d'infection hépatique par le bacille n'a, du reste, rien qui doive étonner, puisque la bile est un des milieux de culture les plus favorables à ce microbe; que certains auteurs, comme Lemierre et Abrami, ont démontré, par des expériences très concluantes, que l'élimination du bacille se faisait par le foie.

Les microbes, injectés par exemple dans les veines d'un lapin, se retrouvent dans la glande hépatique, passent avec la bile dans les canaux biliaires, vont dans la vésicule et causent des lésions de cholécystite et de péricholécystite.

L'atteinte du foie semble se faire dès le début de l'affection, expliquant ainsi la précocité du signe. Les recherches que nous avons pu faire dans les divers services, soit au pavillon d'isolement de l'hôpital de la Croix-Rousse, soit au service des contagieux de l'hôpital militaire Desgenettes, nous ont donné à peu près les mêmes résultats. Le signe était positif dans 10 à 15 pour 100 des malades atteints d'affections non typhiques.

La submatité de la base droite se retrouve encore dans la période d'état, et sa fréquence est plus élevée que celle même des taches rosées lenticulaires, citées cependant comme un des symptômes de certitude de la fièvre typhoïde. Si nous comparons les chiffres fournis par les statistiques pour les deux signes, nous trouvons que, dans la première semaine, sur 47 cas observés, on note 33 fois de la submatité et 16 fois seulement des taches rosées lenticulaires. Dans la deuxième semaine, sur 69 cas, 49 fois on observe le signe de Lesieur, 34 fois des taches rosées. Dans la troisième semaine, sur 77 cas, 18 malades avaient le signe positif, 8 d'entre eux avaient des taches lenticulaires. Enfin, à la convalescence, si les taches rosées avaient complètement disparu chez tous les malades, 2 de ces derniers conservaient encore une légère submatité.

Les recherches de Lesieur, effectuées sur 150 malades, dont 114 atteints de typhoïde vraie, 9 atteints de typhoïdette et 27 porteurs d'affections diverses, ont donné des résultats aussi concluants.

Sur les 114 cas de dothiéntérie classique, le signe fut nettement positif 87 fois, soit une moyenne de 80 pour 100. Les 27 cas restants ne relevaient au niveau de la base droite aucun changement de sonorité, ou bien si l'on trouvait de la submatité infra-thoracique, les signes pulmonaires sous-jacents suffisaient à l'expliquer.

Les statistiques, recueillies dans le service de M. Mouriquand, à la Croix-Rousse, de janvier à novembre 1913, et portant sur une centaine de cas, ont montré que le signe de Lesieur existait 70 fois en moyenne pour 100.

Le nombre exact de malades fut de 95, il y eut parmi eux 65 cas nettement positifs, 27 cas négatifs, 3 faux signes de Lesieur. Parmi ces derniers, un seul malade présenta, dès le début, de l'obscurité respiratoire à la base droite, les autres eurent de la submatité sans signes pulmonaires sous-jacents, à la période d'état de leur affection, et ce n'est qu'à la défervescence que ce signe de Lesieur vrai céda la place à la légère réaction pleurale qui fut constatée par la ponction.

Chez 20 des malades à signe positif, le foie débordait manifestement les fausses côtes et descendait à 2 ou 3 travers de doigt. La douleur cystique fut perçue chez 4 malades à signe négatif, chez 16 à signe positif. Le météorisme, la plupart du temps léger, se rencontra dans 5 cas négatifs et dans 25 cas positifs.

Quant aux signes pulmonaires divers présentés par les 94 malades, ils se répartissent comme suit :

32 malades avaient une respiration complètement normale, sans signes surajoutés ;

48 présentaient des ronchi, des sibilances, des râles de bronchite disséminés dans toute l'étendue des deux poumons, sans localisation au niveau d'un point quelconque ;

7 présentaient de l'obscurité respiratoire à droite, avec quelques râles crépitants fins ;

3 avaient à la base gauche des râles de congestion ;

6 enfin, après avoir présenté, pendant quelque temps, un signe de Lesieur vrai, furent atteints de pneumonie hypostatique, localisée ou prédominant toujours à la base droite.

Pendant la période d'état donc, le signe de Lesieur est très fréquent et vient s'ajouter aux signes classiques de la dothiéntérie pour permettre le diagnostic de cette dernière affection. Dans certaines formes méningées, par exemple, la submatité de la base droite sera une bonne preuve de l'infection éberthienne, tandis que son absence, coïncidant avec d'autres signes négatifs comme dans l'observation XXVI, fera écarter le diagnostic de fièvre typhoïde.

Dans la suite, lorsque l'hémoculture et la séro-agglutination seront positives, que le doute, enfin, ne sera plus permis, on pourra encore se servir du signe de Lesieur pour porter un pronostic. Le signe, en effet, quoique subissant de temps en temps quelques légères variations, reparaît et se maintient toujours

jusqu'à la vraie défervescence. Sa disparition définitive correspond, en général, à l'abaissement de la température, au moment où la langue du typhique reprend son aspect normal, où le besoin d'alimentation commence à se faire sentir. Mais que la maladie revête une forme prolongée, qu'après une fausse défervescence, on observe une ou plusieurs rechutes, on remarque, en percutant le thorax du malade, la présence de la zone submate malgré la chute momentanée qu'accuse la courbe de la température. Il est bon, par conséquent, de suivre, sur son malade, les variations du signe de Lesieur et de ne penser à une véritable entrée en convalescence que lorsque, en même temps que la chute de température, on ne notera plus aucune différence de sonorité entre les deux bases pulmonaires.

Et ceci nous amène à parler de la valeur de la submatité rétro-hépatique au point de vue thérapeutique.

Tout d'abord le signe de Lesieur paraît être, comme nous l'avons dit, le témoin d'une adultération hépatique, amenant très souvent une insuffisance fonctionnelle de la glande. On devra donc remplir, par le traitement, deux conditions primordiales : le maintien de la fonction glycogénique et antitoxique du foie, la diminution des sources d'intoxication de l'organisme.

Le maintien de la fonction hépatique se fera par l'administration du lait et des diurétiques. D'après les travaux de Charrin et Roger, en effet, le lait a pour premiers avantages de ne contenir que peu de potasse et de diminuer la toxicité urinaire ; de plus, il est diurétique et son sucre est très facilement transformable

en glycogène. On ne devra pas mettre les malades à la diète absolue, celle-ci étant une des grandes causes de suppression de glycogène. Les diurétiques viendront aussi en aide pour supprimer les phénomènes d'insuffisance hépatique, on pourra faire usage de digitale, de caféine ou de théobromine à doses élevées.

Enfin la balnéation combattra l'hyperthermie stéatosante.

Pour la seconde indication, il faut aider le foie dans son rôle de destruction et d'élimination des poisons et des toxines, et pour cela il est nécessaire de se rendre compte comment ces poisons et ces toxines parviennent à la glande hépatique. Ils peuvent adopter tout d'abord la voie ascendante : partir de l'intestin, remonter les voies biliaires et arriver ainsi jusque dans le parenchyme hépatique. D'où la pratique de l'antisepsie intestinale.

Pour la réaliser, on peut essayer de fixer les toxines, au fur et à mesure qu'elles se forment, à l'aide de la poudre de charbon, ou bien, de préférence, recourir aux antiseptiques insolubles comme le naphthol α et β (à la dose de 2 gr. 50), associés au nitrate ou au salicylate de bismuth. On évitera, en même temps, d'introduire, dans ce tractus intestinal, des aliments qui contiennent beaucoup de potasse comme la viande et le bouillon et l'on fera un usage modéré des alcaloïdes.

L'infection éberthienne peut venir toucher le foie, la vésicule et les voies biliaires par marche descendante, par la voie hématogène et c'est là la source d'une nouvelle médication d'antisepsie biliaire, bien

étudiée et mise en lumière par le professeur Chauffard.

L'antiseptique biliaire qui convient le mieux est celui qui s'élimine par la bile, qui est très peu toxique pour le foie et les reins, qui peut enfin pratiquer la désinfection complète du liquide de sécrétion hépatique. Certains médicaments, comme les salicyliques (salicylate de soude et salol), ont dû être écartés, parce qu'ils irritaient la muqueuse et affaiblissaient le rein déjà touché par le bacille d'Eberth. A la suite des expériences de Crowe démontrant les effets bienfaisants de l'urotropine, Chauffard choisit l'hexaméthylène-tétraminé comme le médicament répondant le mieux aux indications ci-dessus. Déjà, en 1899, Richardson et Easton l'avaient employée pour combattre la bacillurie des typhiques; Chauffard la préconisa pour la désinfection et l'antisepsie biliaire. Il démontra que l'administration de 2 grammes d'urotropine *pro die*, pendant dix jours, supprime la bacillurie, prévient la lithiase biliaire post-typhoïdique, stérilise la vésicule et empêche ainsi le typhique convalescent de devenir par la suite un porteur sain de germes. L'urotropine supprimerait presque complètement les formes prolongées et les formes à rechutes. Voici, en effet, d'après Chauffard, comme se font les rechutes : l'apparition d'une nouvelle poussée éberthienne coïncide presque toujours avec la reprise de l'alimentation. C'est que, sous l'influence de l'incitation alimentaire du duodénum, il se produit une « véritable chasse biliaire » et la vésicule infectée déverse dans l'intestin une grande quantité de bacilles, d'où nouvelle infection du milieu intestinal. Le bacille

se reproduit tant que l'infection biliaire est très violente. Laignel-Lavastine et Weill ont publié des observations, d'après lesquelles la rechute aurait suivi l'apparition des symptômes de l'angiocholécystite ou de la cholécystite éberthienne.

Les doses préconisées par Chauffard sont de 2 à 3 grammes d'urotropine par jour, donnés dès que le diagnostic est posé et continués jusqu'à la convalescence complète.

Les résultats de cette médication ont été publiés récemment par MM. Castaigne et Paillard. Ces auteurs, rapportant les faits de MM. Triboulet et Lévy, ont remarqué que, si l'on donne l'urotropine au début de la maladie, l'état général s'améliore, l'aspect typhique s'efface, la diarrhée paraît diminuer, les urines deviennent plus claires et plus abondantes, l'évolution de la typhoïde est plus rapide. Le médicament donné au moment d'une rechute, comme le montre une observation de Chauffard, supprime en peu de temps tous les accidents. Enfin, dans les formes qui traînent et se prolongent indéfiniment, il amène la défervescence thermique totale. En somme, concluent MM. Castaigne et Paillard, « l'urotropine fournit une médication adjuvante précieuse dont l'importance s'effacera peut-être au fur et à mesure que les méthodes sérothérapiques feront des progrès ; dans l'état actuel, c'est une ressource qu'il faut savoir utiliser. »

En présence de ces résultats, on comprend de quelle importance sera le signe de Lesieur qui, par sa persistance au moment de la défervescence, pourra indi-

quer la possibilité d'une rechute et la nécessité d'administrer de l'urotropine. Il n'en sera pas moins utile, pour le choix du moment de la reprise de l'alimentation.

Celle-ci, en effet, ne devra prudemment recommencer que lorsque tous les phénomènes du côté du foie auront disparu et qu'en même temps le malade sera entré en pleine convalescence, que sa courbe thermique se maintiendra aux environs de 37 degrés, que la langue ne sera plus saburrale.

Telle est la valeur de la submatité rétrohépatique : à la période du début, sa constatation pourra aider à poser le diagnostic de dothiéntenterie ; à la période d'état et jusqu'à la défervescence, son maintien ou sa disparition permettront de porter un pronostic grave ; de déceler les formes prolongées ou, au contraire, d'espérer une prompte guérison.

A la convalescence, le signe de Lesieur disparaissant, on sera en droit d'alimenter prudemment le malade, la présence de la submatité, dénonçant une rechute, permettra de prévenir celle-ci par l'administration d'antiseptiques biliaires et intestinaux. Enfin, ces derniers médicaments donnés à temps supprimeront ou atténueront grandement les séquelles, d'origine hépato-biliaire, si fréquentes, et permettront de diminuer le nombre des porteurs sains de germes, sources de nouveaux foyers infectieux.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

P..., cinquante ans, entrée le 20 janvier 1913.

Antécédents éthyliques.

Submatité très nette à la base droite mais avec signes de pneumonie.

Gros foie non douloureux.

Décédée le 5 mars 1913.

Autopsie. — On trouve un foie de 1.850 grammes, très hypertrophié.

A l'examen macroscopique on remarque par places un certain degré de surcharge grasseuse, en d'autres points aspect de foie cardiaque.

Poumons. — A droite le poumon est hépatisé dans toute sa hauteur, mais tandis que les quatre cinquièmes supérieurs sont à l'état d'hépatisation grise, le cinquième inférieur est encore à la phase d'hépatisation rouge.

Des bronchioles s'échappe un peu de pus témoignant de la bronchiolite concomitante, de-ci, de-là, on remarque enfin quelques abcès miliaires.

A l'examen microscopique, léger degré de cirrhose, quelques espaces de Kiernan sont épaissis, quelques îlots de dégénérescence grasseuse.

OBSERVATION II.

C..., quinze ans. La maladie a débuté vers le 10 février 1913. Entrée à l'hôpital le 18 février 1913.

Tous les signes de la dothiéntérie existent dès ce moment :

Taches rosées, diarrhée, hypertrophie splénique. Hémoculture positive. Séro-diagnostic à un cinquième. Le foie paraît normal et non douloureux.

Pas de point cystique.

Le signe de Lesieur est net, l'auscultation ne révèle à la base droite que quelques râles légers et quelques sibilances.

4 mars. — Submatité nette, quelques ronchus incapables à l'expliquer.

7 mars. — Signe positif, pas de signes pulmonaires.

10 mars. — Apparition de râles fins, la submatité se change en matité qui n'est plus due à la présence du foie.

12 mars. — Tous les signes de la pneumonie se sont installés.

13 mars. — La matité semble diminuer à droite, tandis qu'elle apparaît à gauche.

15 mars. — Décès.

26 février. — Prise de sang.

Résultats. — Urée, 0,72; azote total, 0,186; coefficient azoturique, 0,18.

Autopsie. — On trouve un foie hypertrophié, mou, graisseux et pâle avec, par endroits, des aspects de foie cardiaque. Son poids est de 1.780 grammes.

Appareil pulmonaire : à droite hépatisation du lobe inférieur tout entier et du quart environ du lobe supérieur.

100 grammes d'exsudat pleurétique.

A gauche hépatisation commençante.

La mort paraît être survenue à la suite d'une pneumonie hypostatique, l'hépatisation siégeant surtout sur le bord postérieur du poumon.

Vésicule normale. Pas de péricholécystite.

OBSERVATION III.

B..., Marie, dix-huit ans. Malade depuis le 15 février 1913. Entrée le 24 février.

A l'entrée on trouve une submatité rétro-hépatique très nette, un foie hypertrophié, un point cystique douloureux.

Poumons. — Quelques râles muqueux disséminés dans tout l'appareil pulmonaire.

Dans les urines, présence de pigments biliaires.

Du 1^{er} au 14 mars. — Le signe devient moins net, les poumons sont redevenus entièrement normaux, le point cystique persiste cependant.

15 mars. — La submatité réapparaît, sans signes pulmonaires sous-jacents.

17 mars. — La submatité persiste, on ne trouve plus de pigments biliaires dans l'urine.

5 avril. — Submatité encore très nette. Le foie, notablement augmenté de volume, déborde les fausses côtes de 3 à 4 centimètres.

OBSERVATION IV.

D..., trente ans. Entrée le 26 février 1913.

A la palpation : gros foie douloureux avec point cystique très net.

La submatité est très nette à la base droite. A l'auscultation on ne trouve que quelques râles muqueux de bronchite généralisée.

Pas de pigments biliaires dans les urines.

La submatité persiste du 26 février au 11 mars, disparaît ce jour-là et ne reparait plus.

OBSERVATION V.

P..., Claudia, dix-neuf ans. Entrée le 27 janvier 1913.

Au début, on note des symptômes de congestion, un gros

foie douloureux. A la base droite, nombreux râles, mais pas de submatité.

Le signe de Lesieur n'a jamais été net.

Sortie le 4 avril 1913.

OBSERVATION VI.

M..., dix-huit ans.

Dès l'arrivée de la malade à l'hôpital, on trouve une submatité très nette à la base droite. Pas de signes pulmonaires sous-jacents.

Un foie douloureux, mais qui ne paraît pas très hypertrophié. Agglutination à un trentième.

Pas de pigments biliaires.

Par la suite, des signes de pneumonie s'installent au niveau de la base droite.

La malade meurt le 10 mars 1913.

Autopsie. — Gros foie de 1.550 grammes.

Le poumon droit présente, à sa partie inférieure, une densification très nette avec un léger état d'œdème.

OBSERVATION VII.

T..., trente ans. Entrée le 11 janvier 1913.

Dès le début signe positif et très net, avec quelques râles insignifiants sous-jacents.

La malade présentant des hémorragies intestinales et de la phlébite, n'a pu être examinée par la suite.

OBSERVATION VIII.

G..., Marguerite, quatorze ans. Entrée le 17 mars 1913. Commencement de la maladie le 8 mars 1913.

La malade a des signes nets de typhoïde, taches rosées, agglutination à un cinquantième. Pas de point vésiculaire. Le foie paraît normal.

Aux poumons, respiration emphysémateuse, avec ronchi et sibilances disséminées.

La submatité est nette et persiste dans son intégrité jusqu'au début de la convalescence.

OBSERVATION IX.

Gr..., Marguerite, quinze ans.

Foie normal et non douloureux.

Aux poumons, respiration « totalement normale ».

Signe de Lesieur net dès le début, se poursuivant pendant la période d'état.

OBSERVATION X.

L..., vingt-six ans. Entrée le 30 mars 1913. Commencement de la maladie le 22 mars 1913.

A la palpation, le foie ne dépasse pas les fausses côtes, le point vésiculaire n'existe pas. Aux poumons on note quelques sibilances disséminées.

La submatité n'existe pas.

Dans la suite, de grosses sibilances se localisent à la base droite sans apparition du signe de Lesieur.

Le onzième jour de son affection on fait à la malade une ponction veineuse et on trouve : urée, 0,185 ; azote total, 0,140. Le coefficient azoturique est égal à 0,38.

OBSERVATION XI.

G..., vingt-sept ans. Entrée le 1^{er} avril 1913.

Le foie affleure le rebord costal, pas de zone douloureuse.

Aux poumons, râles sous-crépitaux faisant suite aux simples râles de bronchite généralisée, notés dès le début. La submatité est très nette.

Peu à peu, les signes pulmonaires diminuent d'intensité,

en même temps que la submatité de la base droite, quoique existant toujours, devient moins nette.

OBSERVATION XII.

B... Joséphine, seize ans.

Le foie, considérablement hypertrophié, descend à 4 travers de doigt au-dessous des fausses côtes, sa hauteur totale en avant, mesurée par la percussion, est de 30 centimètres.

La respiration est normale, pas de bruits surajoutés, pas d'obscurité. A la base droite submatité très nette remontant jusqu'au niveau de la pointe de l'omoplate.

OBSERVATION XIII.

B..., quarante-cinq ans.

Au début, foie paraissant normal, non douloureux ; quelques râles de bronchite, disséminés dans les deux poumons. Signe net.

Par la suite, au début de la convalescence la submatité disparaît, mais les signes de bronchite persistent encore.

OBSERVATION XIV.

D..., Joséphine, seize ans. Entrée le 1^{er} avril 1913. Début de la maladie 27 mars 1913.

A l'entrée on ne note aucun signe de typhoïde nette, pas de taches rosées, température à 39 degrés. Le foie est normal, pas de point douloureux vésiculaire, aux poumons respiration normale sans aucun signe surajouté. La submatité existe nettement à la base droite.

Les examens de laboratoire révèlent une hémoculture et une agglutination négatives.

5 avril 1913. — Apparition des taches rosées, hémoculture positive, agglutination à un trentième. Le signe de Lesieur persiste sans lésions pulmonaires apparentes. La

submatité a ici nettement précédé toute autre manifestation symptomatique.

OBSERVATION XV.

R..., quinze ans. Entrée le 31 janvier 1913.

Au début le foie ne dépasse pas le rebord costal, il n'existe pas de point cystique. Aux poumons aucun signe surajouté.

Submatité très nette.

Dans la suite, pendant une quinzaine de jours, on note l'existence de signes pulmonaires, de râles de bronchites disséminés. La submatité ne varie pas.

Peu à peu les râles s'effacent, mais le signe de Lesieur garde sa netteté.

17 mars 1913. — On note l'apparition d'une légère submatité à gauche, mais en même temps la base droite, de submate devient presque mate.

3 avril. — Enfin, au départ de la malade, il ne reste plus qu'un peu de submatité douteuse à la base droite.

OBSERVATION XVI.

V..., Romance, vingt-six ans. Entrée le 8 février 1913.

Point cystique très net, foie débordant de 2 travers de doigt.

Aux poumons quelques légères sibilances disséminées.

Dans l'urine, pigments biliaires.

Le signe de Lesieur très net, dès le début, persiste dans son intégrité pendant la période d'état, alors que les signes pulmonaires vont en s'atténuant et disparaissent le 4 mars.

Au douzième jour, prise de sang.

Résultats : Urée, 0,37; azote total, 0,31. Le coefficient azoturique est de 0,56.

OBSERVATION XVII.

P..., vingt-sept ans. Entrée le 26 février 1913.

A l'entrée foie normal, non douloureux. Aux poumons quelques sibilances et râles muqueux disséminés. Signe net.

Le signe de Lesieur subit, dans la suite, des variations.

10 mars. — Il devient douteux en même temps qu'apparaît à la base droite une légère diminution de la respiration sans bruits surajoutés.

17 mars. — Le signe réapparaît tandis qu'on ne note aux poumons que quelques râles et sibilances plus abondants à droite qu'à gauche, mais incapables à expliquer la présence de la zone submate.

18 mars. — La submatité est toujours nette, les signes pulmonaires ont complètement disparu.

5 avril. — Commencement de la convalescence, disparition du signe.

Au neuvième jour, ponction veineuse. Urée 0,30; azote total, 0,023. Le coefficient azoturique est trouvé égal à 0,85.

OBSERVATION XVIII.

G..., quinze ans. Entrée le 15 février 1913.

Le foie est normal et non douloureux.

Les signes pulmonaires, négatifs au début, apparaissent dans la suite sous forme de râles de bronchite disséminés, durent une quinzaine de jours, s'atténuent progressivement et disparaissent.

La submatité de la base droite très nette, dès le commencement de l'affection, persiste jusqu'au 7 avril, moment de la défervescence.

OBSERVATION XIX.

C..., 20 ans. Entrée le 11 janvier 1913.

Foie paraissant normal et non douloureux.

Les poumons présentent, tout d'abord, des râles congestifs aux bases, râles qui disparaissent bientôt, tandis que la submatité se poursuit très nette jusqu'au 10 avril.

OBSERVATION XX.

B... Entrée le 15 janvier 1913.

Bord du foie perceptible à 2 centimètres au-dessous du rebord costal, pas de point cystique. Aux poumons, respiration normale, sans signes stéthoscopiques. Submatité très nette.

OBSERVATION XXI.

R..., vingt-trois ans.

Foie gros, mais non douloureux. Respiration soufflante dans toute l'étendue des deux poumons. Submatité nette.

OBSERVATION XXII.

G..., vingt-neuf ans. Entrée le 8 novembre 1912.

Au début de la maladie, on note de la submatité, sans signes pulmonaires sous-jacents, jusqu'au 3 janvier 1913.

A ce moment, le signe de Lesieur disparaît; par contre, il s'établit une légère submatité à gauche, avec diminution, à ce niveau, du murmure vésiculaire, et présence de ronchus et de sibilances.

OBSERVATION XXIII.

G... Marie, quarante-deux ans.

Le foie paraît gros, aux poumons râles de bronchite.

Le signe existe, mais est peu net.

Au treizième jour, ponction veineuse :

Urée = 0,45, azote total 0,86 ;

Le coefficient azoturique est de 0,244.

La malade meurt le 6 mars 1913.

Autopsie. — Foie de 1.450 grammes, de couleur pâle et jaunâtre.

Le poumon droit, noir, énorme, œdématisé, a une consistance gélatiniforme et tremblotante ; à la coupe, on note un œdème abondant.

L'examen microscopique du foie ne révèle pas d'altération du tissu interstitiel, à part une très légère infiltration inflammatoire des espaces portes. Mais les cellules hépatiques sont, par places, mal colorables et en voie d'atrophie ; l'aspect est, en somme, celui d'un foie infectieux, mais les lésions ne sont pas considérables.

OBSERVATION XXIV.

D..., vingt ans. Entrée le 6 avril 1913.

Présente de la prostration, de la céphalée.

Foie normal et non douloureux.

Pas de signes pulmonaires surajoutés.

La submatité n'existe pas.

L'hémoculture et l'agglutination restent négatives.

Les symptômes de méningite d'origine non typhique apparaissent peu après.

OBSERVATION XXV.

F...

Foie normal non douloureux.

Aux poumons, il existe, au niveau de la base droite, une zone, de largeur de la paume de la main, où l'on entend des râles de bronchite très humides ; le reste de l'appareil respiratoire est normal.

Pas de submatité.

OBSERVATION XXVI.

P... Antoinette, vingt-deux ans. Entrée le 28 septembre 1913.

A la palpation, le foie paraît normal, sans zone douloureuse.

Aux poumons, râles de bronchite disséminés, mais pas de diminution du murmure vésiculaire, pas de localisation nette de lésions pulmonaires.

La submatité de la base droite est très nette.

Le 10 octobre 1913, apparition de signes pulmonaires : toux, expectoration parfois hémoptoïque.

Dans la zone moyenne du poumon droit et sur une étendue de 10 centimètres, on note une matité très nette, à la limite supérieure de laquelle on trouve quelques râles crépitants, des râles humides, des gargouillements, avec ça et là un souffle surajouté. Dans le reste des deux poumons, râles de bronchite disséminés.

La malade meurt le 18 octobre 1913.

Autopsie. — Foie volumineux, pesant 1.900 grammes, de couleur brun clair. A la coupe, on ne note aucun noyau induré, mais le tissu hépatique est d'une couleur plus claire que la zone périphérique et paraît aux yeux et aux doigts comme du mastic.

Le poumon droit est hépatisé dans sa partie moyenne.

OBSERVATION XXVII.

M..., quarante-huit ans. Entrée le 14 octobre 1913.

Foie normal non douloureux.

Aux poumons, respiration normale sans diminution du murmure vésiculaire ni bruits surajoutés.

La submatité de la base droite n'existe pas ; on note, au contraire, une sonorité exagérée.

Le malade meurt le 25 octobre 1913.

Autopsie. — Foie de 1.250 grammes, un peu pâle. A la coupe, pas de noyaux indurés, pas de lésions bien nettes.

Le poumon droit, plus volumineux que le gauche, présente, au niveau de sa base, des zones d'atélectasie.

FAUX SIGNES DE LESIEUR

(Observations de M. Mouriquand).

OBSERVATION XXVIII.

G..., trente-deux ans. Entrée le 27 mai 1913.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes, le point cystique n'est point perçu.

Aux poumons, râles de bronchite. La submatité est très légère, le signe reste douteux.

Le 16 juin, on constate, au niveau de la base droite, de la submatité, mais, en même temps, l'auscultation décele à ce niveau de l'obscurité respiratoire. De plus, le malade a une toux sèche, quinteuse.

On fait une ponction qui ne ramène rien.

On traite alors par des applications de teinture d'iode ; la submatité et les signes pulmonaires disparaissent peu à peu.

OBSERVATION XXIX.

L..., quarante et un ans. Entrée le 17 mai 1913.

Rien d'anormal au niveau du foie.

Aux poumons, bronchite diffuse. La submatité nette au début.

Le 15 juillet 1913, la malade va parfaitement, au point de vue typhique, mais, depuis trois jours, la température est remontée et cette réascension thermique paraît être en relation avec de nouveaux phénomènes pulmonaires.

En effet, on trouve à la base droite une submatité très nette, presque de la submatité avec de l'obscurité respiratoire et quelques râles sous-jacents.

Le 17, les phénomènes pulmonaires sont stationnaires, la ponction ramène quelques gouttes d'un liquide clair. On colore au violet de gentiane, on trouve un abondant réseau de fibrine englobant quelques polynucléaires.

OBSERVATION XXX.

P..., vingt-quatre ans. Entrée le 20 août 1913.

Le foie paraît normal, cependant sa zone de matité est diminuée.

Aux poumons, submatité du sommet droit avec obscurité respiratoire à ce niveau. Sibilances diffuses dans le reste de l'appareil. Ebauche de signe de Lesieur.

Plus tard, on note aux deux bases, mais surtout à droite, de l'obscurité respiratoire avec des râles fins de congestion.

La submatité que l'on trouve est certainement due ici à l'atteinte pulmonaire et non à l'hypertrophie hépatique.

**OBSERVATIONS DU SERVICE DES TYPHIQUES
DE L'HOPITAL SAINT-POTHIN**

(Dues à l'obligeance de M. Mollard, médecin des hôpitaux).

OBSERVATION XXXI.

B..., trente-cinq ans. Entré le 23 février 1912.

Submatité à la base droite, râles muqueux disséminés.

OBSERVATION XXXII.

G..., vingt-sept ans. Entré le 16 février 1912.

Submatité à la base droite avec, à ce niveau, diminution du murmure vésiculaire, mais sans affaiblissement des vibrations vocales à la palpation.

Le 11 mars 1912, apparition de râles sous-crépitaux.

OBSERVATION XXXIII.

C. ., trente-cinq ans. Entré le 12 mars 1912.

La submatité à la base droite existe avec des signes sous-

jacents de bronchite généralisée. Le foie dépasse le rebord costal de deux travers de doigt.

OBSERVATION XXXIV.

G..., dix-neuf ans. Entré le 18 mars 1912.

Submatité à la base droite, mais on note à l'auscultation de nombreux râles aux bases.

OBSERVATION XXXV.

Th..., trente-six ans. Entré le 25 mars 1912.

Submatité à la base droite disparaissant dans les inspirations forcées. Pas de râles sous-jacents.

OBSERVATION XXXVI.

D..., trente-cinq ans. Entré le 26 mars 1912.

Submatité à la base droite faisant place à de la sonorité dans les inspirations forcées.

OBSERVATION XXXVII.

M..., dix-sept ans. Entré le 10 avril 1912.

Submatité nette au niveau de la base droite.

Aux poumons, signes de bronchite généralisée avec quelques râles bullaires aux bases.

Le foie, hypertrophié, déborde les fausses côtes.

OBSERVATION XXXVIII.

B..., cinquante-huit ans. Entré le 18 avril 1912.

Submatité de la base droite.

Aux poumons, râles de bronchite disséminés.

OBSERVATION XXXIX.

D..., vingt-six ans. Entré le 27 avril 1912.

Submatité à la base droite avec râles de bronchite prédominant aux bases.

OBSERVATION XL.

T..., trente-quatre ans. Entré le 15 avril 1912.

Point cystique. Foie débordant les fausses côtes de trois travers de doigt. Aux poumons, râles au niveau des bases. Submatité très nette.

OBSERVATION XLI.

D..., dix-sept ans. Entré le 11 octobre 1912.

Aux poumons, respiration un peu soufflante à la base droite; râles de bronchite disséminés.

OBSERVATION XLII.

P..., seize ans. Entré le 15 août 1912.

Submatité à la base droite avec, à ce niveau, légère obscurité respiratoire sans signe d'épanchement.

OBSERVATION XLIII.

C..., dix-huit ans. Entré le 22 août 1912.

Submatité à la base droite, respiration entièrement normale.

OBSERVATION XLIV.

C..., trente-trois ans. Entré le 29 décembre 1912.

Submatité à la base droite sans signes pulmonaires surajoutés.

CONCLUSIONS

I. — Le signe de Lesieur est caractérisé par la présence d'une zone de submatité, au niveau de la base du poumon droit, dans la fièvre typhoïde. La zone submate s'étend généralement de la XI^e côte à la pointe de l'omoplate.

II. — Le principal facteur de la submatité paraît être la glande hépatique, qui, par son hypertrophie, comprime et refoule vers le haut de la cage thoracique le poumon droit. Les symptômes fréquents d'insuffisance fonctionnelle, les lésions macroscopiques et microscopiques, trouvées au cours des autopsies, les séquelles d'origine hépato-biliaire, si nombreuses dans la dothiéntérie, paraissent être des preuves de l'adultération du foie.

III. — Les signes pulmonaires sont, dans la plupart des cas, ou inexistants ou peu considérables. Le murmure vésiculaire est normal, quelques râles de bronchite, sans localisation nette, existent seuls et paraissent être incapables de produire la submatité.

Dans quelques cas, cependant, il faut tenir compte de l'état pulmonaire : on note alors de l'obscurité respiratoire, des râles crépitants fins et la ponction ramène parfois quelques gouttes de liquide, témoin de la légère réaction pleurale concomitante. On a affaire ici à de « faux signes de Lesieur ».

IV. — Du reste, il semble bien que, dans presque tous les cas, il y ait coopération intime de l'hypertrophie hépatique et des lésions pulmonaires, celles-ci étant peut-être causées par celle-là et que l'on ait affaire à des symptômes de pseudo-congestion pulmonaire, comme cela se passe dans tous les refoulements du diaphragme par des viscères abdominaux augmentés de volume.

V. — Le signe de Lesieur se retrouve, dans la fièvre typhoïde, dans 70 à 80 pour 100 des cas, alors que dans les autres maladies infectieuses on ne peut le noter que dans 10 cas en moyenne sur 100. Ce n'est donc pas un signe strictement spécifique de la dothiéntérie, mais sa plus grande fréquence, dans cette dernière maladie, en fait cependant un élément précieux de diagnostic. Sa précocité est encore un avantage qui peut le faire classer parmi les symptômes les plus utiles.

VI. — La submatité de la base droite, persistant pendant la période d'état, disparaissant au moment de la convalescence définitive, se prolongeant indéfini-

ment, malgré l'affaiblissement des autres symptômes, dans les formes à rechutes, paraît être également d'un secours assez grand pour le pronostic de l'affection.

VII. — La présence du signe de Lesieur, témoin probablement d'une adultération hépatique, guidera le médecin dans l'institution du traitement, qui aura essentiellement pour but de conserver les fonctions hépatiques et d'essayer de supprimer, dans la plus large mesure possible, les sources d'intoxication : d'où antiseptie intestinale et antiseptie biliaire. Celle-ci fera disparaître les dangers de séquelles graves et de porteurs sains de germes. Enfin, dans la période finale de la maladie, l'absence du signe de Lesieur, jointe à la diminution ou à la disparition des autres symptômes, permettra la reprise prudente de l'alimentation ; sa présence, au contraire, pourra faire craindre une rechute par le mécanisme du réensemencement du milieu intestinal.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
CH. LESIEUR

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 15 novembre 1913.

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION,
LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
L. JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

- BARJON, le Radio-diagnostic des pseudo-épanchements pleurétiques d'origine sous-diaphragmatique (*Lyon médical*, novembre 1912).
- CASTAIGNE et PAILLARD, Sur quelques médications récentes de la fièvre typhoïde (*Journal médical français*, 15 octobre 1913, p. 433).
- CHAUFFARD, Maladies du foie et des voies biliaires (*Traité de Pathologie générale*, de Bouchard, t. V).
- L'urotropine dans le traitement des infections biliaires aiguës et de la fièvre typhoïde (*Semaine médicale*, 8 mars 1911).
- COLLIGNON, *Sur la convalescence de la fièvre typhoïde* (thèse de Lyon, 1908).
- CORONE, Recherches sur le signe de Lesieur (*Montpellier médical*, 1912).
- CRESPIN, la Forme hépatique de la fièvre typhoïde (*Livre jubilaire du professeur J. Teissier*, Lyon, 1910).
- JEANSELME, De l'insuffisance hépatique (*Gazette des hôpitaux*, 27 octobre 1888).
- LAIGNEL-LAVASTINE, Deux cas d'infection eberthienne aiguë : angiocholite et cholécystite aiguës au cours de la fièvre typhoïde (*Tribune médicale*, 22 mai 1909, p. 325).
- LEGREY, *Contribution à l'étude du foie dans la fièvre typhoïde* (thèse de Paris, 1890).
- LEMIERRE et ABRAMI, Fièvre typhoïde et infection descendante des voies biliaires (*Presse médicale*, 30 octobre 1907).
- LESIEUR, *Communication au Congrès de l'Association fran-*

çaise pour l'Avancement des Sciences, à Dijon (août 1911).

LESIEUR, la Submatité de la base droite, signe de la fièvre typhoïde (communication à la Société Nationale de Médecine de Lyon, 11 décembre 1911) (*Lyon médical*, 11 février 1912).

LESIEUR et MARCHAND, la Submatité de la base droite. Statistique portant sur 150 observations (*Presse médicale*, 30 juillet 1913).

MORREL et MOURIQUAND, Recherches sur l'urée et les corps azotés du sang des typhiques (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 25 avril 1913).

MOURIQUAND, la Compression inspiratoire du thorax : son application à l'étude, pour le palper, des modifications pathologiques de quelques organes sous-diaphragmatiques (*Progrès médical*, 20 janvier 1912).

PAILLARD, Situation du foie à l'état normal et pathologique (*Journal médical français*, 15 avril 1913).

PAVONE, Dégénérescence graisseuse aiguë du foie, et principalement des capillaires hépatiques, produite par le bacille du typhus et par ses ptomaines (*Centralblatt*, 1888, 44, et *Union médicale*, 1890, t. XLIX, p. 321).

RADULESCO et ATANASSIU, la Valeur diagnostique et pronostique de la douleur cystique dans la fièvre typhoïde (*Presse médicale*, 30 novembre 1912).

ROCH et FULPIUS, Syndrome de pseudo-congestion pulmonaire (*Semaine médicale*, 1910).

-- *Communication au Congrès de Lyon, 1911.*

ROGER, *Action du foie sur les poisons* (thèse de Paris, 1887).

-- La forme hépatique de la fièvre typhoïde. Insuffisance fonctionnelle du foie (*Presse médicale*, 27 février 1900).

TESTUT et JACOB, Foie et voies biliaires (*Traité d'Anatomie topographique*, t. II, Paris, 1909).

WEILL, De la rechute dans la fièvre typhoïde (Société clinique des hôpitaux de Bruxelles, séance du 11 juin 1910, in *Journal médical de Bruxelles*, 16 juin 1910, p. 371).

